UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 6

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES FISTULES CONGÉNITALES SACRO-COCCYGIENNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 mars 1914

PAR

Jean GOLAKOVSKI

Né à Bielgoray (Pologne russe), le 11 mai 1888

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.* GILIS, Professeur. MASSABUAU, Agrégé. ETIENNE, Agrégé.	*Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

DES FISTULES CONGÉNITALES
SACRO-COCCYGIENNES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 6

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES
FISTULES CONGÉNITALES
SACRO-COCCYGIENNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 mars 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Jean GOLAKOVSKI

Né à Bielgoray (Pologne russe), le 11 mai 1888

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	
	GILIS, Professeur.	Assesseurs
	MASSABUAU, Agrégé.	
	ETIENNE, Agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ROGER.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, Prof., Président.	MM. MASSABUAU, Agrégé.
GILIS, Professeur.	ETIENNE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

J. GOLAKOWSKI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

J. GOLAKOWSKI.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MASSABUAU ET ETIENNE

J. GOLAKOWSKI.

DES
FISTULES CONGÉNITALES
SACRO-COCCYGIENNES

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le professeur Forgue deux cas de fistule congénitale sacro-coccygienne opérés par ce chirurgien. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher ce qui a été écrit sur ces fistules, affection relativement inconnue malgré les discussions répétées auxquelles elle a donné lieu.

Dans le cours de notre travail nous avons été souvent amené à parler des dépressions cutanées congénitales sacro-coccygiennes dont l'étiologie et la pathogénie sont inséparables de celle des fistules. Du reste, la fistule n'est qu'un degré plus avancé de la dépression ; la démarcation entre ces deux affections est purement schématique.

Mais avant d'aborder le sujet de notre travail qu'il nous soit permis, en arrivant à la fin de nos études, d'exprimer à nos Maîtres les sentiments de reconnais-

sance et de gratitude que nous leur devons pour leur précieux enseignement et pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont admis dans leurs services. Obligé d'appliquer bientôt les connaissances acquises, nous nous rappellerons souvent ces leçons au lit des malades où l'expérience clinique et la pathologie générale s'affiliaient pour faire connaître et la maladie et le malade.

Nous prions M. le professeur Forgue d'accepter nos remerciements et l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur Gilis a bien voulu faire partie du jury de notre thèse. Nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

Nos remerciements iront aussi à MM. les professeurs agrégés Massabuau et Etienne.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Chauvin, chef de clinique chirurgicale, les deux observations inédites qui figurent en tête des documents cliniques ; nous l'en remercions bien sincèrement.

HISTORIQUE

Il y a longtemps qu'on avait signalé, d'une manière très vague d'ailleurs, l'existence de petites anomalies cutanées dans la peau de la région sacro-coccygienne.

En 1853, Rbser, dans son Traité d'anatomie chirurgicale, signale l'existence d'une fossette coccygienne. L'auteur dit qu'on trouve chez beaucoup de personnes, à la partie supérieure du coccyx, une dépression qui ne peut être considérée que comme une invagination de la peau s'effectuant chez le fœtus.

Par suite de cette invagination il peut se former une fossette. Si l'on suppose maintenant que cette fossette soit un peu plus profonde, il en résulterait un trajet fistuleux qui, en cas d'oblitération, peut donner naissance à un véritable kyste.

Luschka en 1864, à propos de la région qui s'étend entre l'anus et le coccyx, ajoute qu'on aperçoit souvent, à la limite la plus reculée de cette région, une fossette (*fovœola recto-analis*) qui se termine parfois par un petit canal borgne de plusieurs millimètres, mais au fond de laquelle il n'a jamais pu reconnaître un orifice glandulaire

quelconque. Cette fossette, il l'a constatée chez des enfants nouveau-nés, ainsi que chez des adultes.

Un peu plus tard, en 1867, Kuhn, dans une communication écrite, faite à la Société de chirurgie, signale l'existence d'une dépression infundibuliforme, espèce de cicatrice en cul-de-poule, avec son siège constant sur la ligne médiane correspondant au milieu de l'articulation sacro-coccygienne.

« Cette dépression, dit Kuhn, parfois très profonde, toujours intérieurement adhérente au tissu fibreux de la colonne, se continue avec la membrane qui revêt l'orifice inférieur du canal vertébral.

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhérence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal vertébral permettent de supposer qu'elle est la trace d'un ancien hydrorachis périphérique des premiers temps de la vie embryonnaire, ouvert accidentellement et puis cicatrisé. »

En 1874, à la Société anatomique, Desprès, à propos d'un kyste de la région ano-coccygienne, signale, comme constante, l'existence chez les nouveau-nés d'une fossette médiane, à deux ou trois millimètres en arrière de la marge de l'anus. Quant à la cause de cette fossette, Desprès la rattache à une inclusion de la peau pendant la vie embryonnaire.

Lawson Tait, en 1877, au Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Dublin, communiqua des observations personnelles ayant trait à des individus présentant une dépression cutanée située à l'origine de la rainure fessière, dont il attribuait l'existence à « l'atrophie cicatricielle de la queue dont l'homme a pu être pourvu à une époque reculée ».

Presque en même temps, Féré, après des recherches

plus minutieuses, a fait une communication à la Société anatomique sur la question de cette anomalie. Féré signala chez une petite fille de cinq ans une dépression circulaire infundibuliforme de trois à quatre millimètres de profondeur, située au niveau de la partie inférieure du sacrum. Il fait remarquer que cette disposition n'est pas si rare qu'on peut penser qu'elle se présente sous des formes assez différentes : tantôt c'est un méplat avec adhérences de la peau ; tantôt c'est une ligne blanchâtre; tantôt enfin c'est un véritable infundibulum à direction antéro-postérieure. Ultérieurement il a rassemblé neuf observations d'infundibula d'une profondeur variant de 2 à 5 millimètres, d'après lesquelles il a conclu que la région sacro-coccygienne présente fréquemment une fossette ou un infundibulum dont le siège n'est pas encore absolument précisé, et qu'on peut, d'après lui, rattacher au défaut de coalescence des parois du canal rachidien postérieur, ce qui lui donnerait une étroite parenté avec le spina bifida.

La question fit un pas en avant avec les faits rapportés à la Société de chirurgie en 1882. Terrillon, à la séance de janvier, d'après trois observations de fistule congénitale de la région lombo-sacrée, a fait une communication sur cette variété de fistule cutanée si intéressante au point de vue de son origine congénitale et sur les accidents qui peuvent survenir par le seul fait de son existence. Une discussion s'éleva à laquelle prirent part MM. Monod, Guéniot, Polaillon et Lannelongue, qui rapportèrent des faits personnels. Ce sont ces discussions qui ont le plus contribué à faire connaître ce genre de difformité.

En mars de la même année, M. Heurtaux (de Nantes) envoya à la Société un mémoire sur l'infundibulum et la

fistule para-coccygienne, basé sur six observations personnelles.

Dans la même séance, M. Lannelongue lut un mémoire « sur les fistules et les dépressions cutanées congénitales paravertébrales inférieures ».

La même année, paraît la thèse de M. Peyramaure-Duverdier, dans laquelle cet élève de Lannelongue exposait les théories de son maître à ce sujet.

Un an après, M. Couraud avait élaboré un consciencieux travail consacré à l'étude des dépressions et fistules congénitales et des kystes dermoïdes de la région en réunissant ainsi tous les faits d'ensemble sur ce sujet.

Enfin Tourneux et Herrmann, en 1887, en étudiant la persistance des vestiges médullaires coccygiens et leur rôle dans la production des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes, nous ont expliqué la formation de l'infundibulum.

Et maintenant, pour achever cet exposé historique, il ne nous reste qu'à signaler l'article de Mallory paru en 1892, dans le *American Journal of med. sciences*, où l'auteur confirme les recherches de Tourneux et Herrmann ; la thèse de Calbet en 1893 sur des tumeurs de la région sacro-coccygienne ; la thèse de Hansen la même année sur « des kystes dermoïdes et des fistules congénitales de la région sacro-coccygienne » ; l'article de Wette en 1895, dans l'« Archiv. für klinische Chirurgie » sur la question des fistules sacro-ccocygiennes. Enfin la thèse de Masquin en 1899 et la thèse de Polonski en 1901 sur « des dépressions et fistules congénitales cutanées de la région sacro-coccygienne ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'étude des fistules congénitales, il nous paraît nécessaire d'exposer les malformations cutanées congénitales de la région sacro-coccygienne poussées à un degré moins prononcé que les fistules proprement dites.

Ce sont *des dépressions ou des infundibula* qui, ayant présenté un médiocre intérêt au point de vue de la pathologie, sont inséparables des fistules dont nous voulons parler, par leur origine dite congénitale et leur formation embryologique.

Leur *siège* est très variable. Il peut s'étendre de la région sacrée à la marge de l'anus, il est le plus souvent sur la ligne médiane.

Lawson Tait prétend les avoir vues à la partie inférieure du sacrum. MM. Kuhn et Féré signalent leur existence au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Dans les cas notés par M. Desprès, les dépressions étaient situées à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'anus. D'après Lannelongue, les dépressions peuvent occuper trois sièges distincts, qui sont : 1° le sacrum proprement dit ; 2° l'articulation sacro-coccygienne ; 3° la pointe du coc-

cyx. Le siège à la pointe du coccyx est le plus variable, en raison de la direction différente de cet os. Quelquefois, en effet, au moins à un certain âge, la pointe du coccyx est presque dans la peau ; mais le plus souvent il s'incurve en avant, et sa pointe s'éloigne du ligament. Cette incurvation est d'ailleurs plus ou moins prononcée.

M. Heurtaux, d'après la fréquence du siège anatomique, divise les 46 cas qu'il a observés de la façon suivante : 32 fois la dépression cutanée se trouvait de 12 à 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx ; deux fois elle était un peu plus en arrière, à deux centimètres de cette pointe, ce qui correspond à l'union de la 2me et de la 3me vertèbre coccygienne ; 6 fois à un centimètre en arrière de la pointe et 6 fois au niveau de la pointe même.

Les 160 sujets observés par M. Peyramaure-Duverdier présentaient la disposition suivante : 28 sujets portaient la dépression à l'origine de la rainure fessière ; 40 sujets ont été trouvés porteurs d'une dépression au niveau de l'articulation sacro-coccygienne ; 32 sujets ont présenté la dépression au niveau de la pointe du coccyx ; 10 sujets ont présenté des dépressions multiples dans la rainure fessière ; et enfin certains sujets ont présenté des dispositions spéciales.

Outre ces variétés médianes, on peut aussi rencontrer des variétés latérales, que M. Lannelongue a observées plusieurs fois.

Le *nombre* des dépressions peut être plus ou moins grand suivant le sujet.

Parmi les 160 cas de Peyramaure-Duverdier, nous voyons 10 sujets présenter des dépressions au nombre de 2, 3, 4 et même 6. Wette a constaté chez un de ses ma-

lades quatre infundibula superposés, tous sur la ligne médiane, à un centimètre de distance l'un de l'autre.

Dans un cas observé par M. Heurtaux, un malade, porteur d'un infundibulum situé à 15 mm. de la pointe du coccyx, présentait deux autres petites dépressions punctiformes, très évidentes, mais superficielles, placées également sur la ligne médiane, ce qui, avec l'infundibulum, constituait une série de trois dépressions espacées d'environ 3 mm. les unes des autres. Chez un autre, en outre d'une véritable fistule para-coccygienne, il existait trois petites dépressions séparées par des intervalles de 9 mm. environ.

Ces fistules peuvent occuper la ligne médiane ou bien se loger latéralement. Ainsi, par exemple, on a observé l'existence de deux infundibula latéraux, placés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, à une distance de près de 2 cm. l'un de l'autre ; leur siège correspondait aux tubercules sacrés. De chacun d'eux partait un sillon cutané qui aboutissait à une fossette médiane de la rainure interfessière, située au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Ces trois dépressions formaient un triangle équilatéral.

La *forme* de cette dépression est assez variable.

Elle peut se présenter dans son degré le plus simple et le moins prononcé sous la forme d'un méplat : la peau s'enfonce à une profondeur médiocre sous l'apparence d'un plan incliné de pente assez douce ; ou bien sous forme d'une cicatrice déprimée, d'une fossette semblable à la cupule que creuse le doigt sur un membre œdématié, toutefois avec une coloration de la peau tout à fait normale ; enfin, sous forme d'un véritable infundibulum rappelant un entonnoir très évasé dont l'axe serait d'avant en arrière.

« Quelquefois, dit M. Féré, l'axe de l'infundibulum est oblique d'arrière en avant et de haut en bas, et son orifice aplati figure un V ouvert en haut. »

Les bords sont ordinairement radiés, sauf dans la circonférence inférieure qui forme quelquefois une véritable bride jetée entre les deux fesses.

L'infundibulum, quand il existe, est le plus souvent limité sur tout son pourtour par un bord bien marqué, à contours nets ou froncés, ce qui lui donne l'aspect d'un véritable trou, soit arrondi, soit ovalaire. S'il est ovalaire, son grand axe est dirigé d'avant en arrière.

A côté de cette forme qui est la plus fréquente, on a vu l'infundibulum à forme parabolique, bien limité en avant par un bord net, arrondi, tandis que les bords latéraux se portaient directement en arrière en s'effaçant d'une façon progressive.

Sa forme varie avec l'âge du sujet : une dépression très peu prononcée telle qu'on en voit très souvent au moment de la naissance, au niveau de la région coccygienne, peut disparaître définitivement après un temps relativement court, sans laisser aucune trace. Une dépression plus prononcée ayant l'apparence d'un véritable infundibulum, peu profond cependant, peut disparaître avec l'âge, ne laissant que la trace d'un simple méplat que l'on observe assez souvent chez les adultes.

Les opinions sur ce sujet sont partagées : M. Heurtaux ne donne pas une grande valeur à l'influence de l'âge sur ce genre de difformité.

« Ce petit vice de conformation, dit M. Heurtaux, lorsqu'il existe chez l'enfant, ne disparaît pas au moment de l'accroissement et se retrouve chez l'adulte avec les caractères qu'il avait dans l'origine. »

La largeur du trou qui sert d'orifice à l'infundibulum

varie de 1 à 4 mm. Mais on a vu des pertuis punctiformes très petits ne pouvant admettre que de fins stylets.

La profondeur est très variable aussi. Dans les cas légers, la dépression n'excède pas 2 à 3 mm., mais elle est cependant très évidente. A un degré plus prononcé, l'infundibulum atteint 3 à 6 mm., quelquefois même 8 et 10 mm. de profondeur.

M. Heurtaux a observé 46 sujets, dont 35 présentaient des dépressions ne dépassant pas 2 à 5 mm. ; 11 seulement étaient plus profondes.

Les petites dépressions observées dans les premiers mois de la vie, si elles sont mobiles, semblent devoir être destinées à s'effacer. Au contraire, si elles sont profondément attachées par des tractus fibreux par suite de la tendance des parties voisines à se charger de graisse, elles arriveront à constituer des infundibula qui, lorsqu'ils sont très accusés, forment de véritables fistules qui restent rarement à leur état de simplicité primitive, mais se compliquent, en général, d'accidents inflammatoires.

Les fistules sont donc un degré plus avancé de la disposition signalée au début de ce chapitre.

Le siège de ces fistules est aussi variable que celui des infundibula. Elles sont borgnes externes et leur cul-de-sac reste médian ou se dévie latéralement.

Walther les divise en fistules simples, fistules avec trajet plus considérable, fistules avec abcès périphérique, fistules avec kyste dermoïde.

Dans les fistules simples, l'orifice ne diffère guère de celui des infundibula : il est souvent en entonnoir, très évasé, présentant des plis circulaires. La peau qui limite l'orifice est donc classiquement saine. Le trajet peut être dirigé dans tous les sens: le plus souvent il est perpen-

diculaire au plan de la peau et se dirige plus ou moins profondément vers le coccyx.

La longueur varie dans les différentes observations. On en a rencontré ayant à peine 5 à 6 mm. de longueur bien que certaines atteignent une longueur de 3 à 4 cm. M. Heurtaux en a cité atteignant 5 à 6 centimètres.

Plus le trajet et le nombre de ces doigts de gant cutané sont considérables, plus il y a de prédisposition à l'inflammation.

La peau de l'infundibulum fournit une sécrétion sébacée et elle est soumise à la desquamation épidermique ; elle peut donner aussi naissance à des poils qui, en partie libres ou implantés dans la peau, peuvent se pelotonner et former une petite masse feutrée qui distend la cavité et provoque une légère douleur, due sans doute à un commencement d'inflammation.

Dans le cas où l'orifice de l'infundibulum est beaucoup plus étroit que sa cavité, il peut arriver que ces produits en s'accumulant forment un amas, qui peut causer l'inflammation du trajet. Que l'orifice cutané s'oblitère, que le pus ne puisse plus s'écouler au dehors, qu'il s'accumule ainsi dans le fond du cul-de-sac qu'il distend, et nous verrons alors se former des abcès qui s'ouvrent à l'extérieur et donnent naissance à des fistules consécutives adventices (Heurtaux) qui peuvent s'ouvrir à un point quelconque de la peau, plus ou moins éloigné de l'orifice cutané primitif.

Le derme du cul-de-sac s'ulcère, se perfore, et le pus, s'infiltrant peu à peu dans le tissu sous-cutané, donne naissance à un trajet fistuleux ou même à des décollements assez étendus. Ces fistules qui se développent ainsi par l'inflammation et l'ulcération de la peau diffè-

rent essentiellement des fistules congénitales que nous décrivons : leurs bords, déchiquetés et couverts de bourgeons sanieux, contrastent singulièrement avec la netteté des contours de ces dernières.

Dans les cas où les infundibula sont multiples chez le même sujet, la fistule une fois établie dans un de ces infundibula peut se porter de l'un à l'autre, ou même relier entre eux plusieurs infundibula. Tous ces orifices ont les caractères propres à l'infundibulum ordinaire et à première vue ne diffèrent que par la sécrétion purulente qu'ils fournissent.

En ce qui concerne l'altération de la peau au point de vue histologique, elle est en rapport avec le degré de l'inflammation. La peau de l'infundibulum ne diffère pas trop de la peau en général. Dans sa partie supérieure il n'y a qu'aplatissement de la couche épidermique et disparition des papilles du derme. A mesure qu'on s'avance vers la profondeur, on trouve des lésions plus marquées : l'épiderme est desquamé par lambeaux plus ou moins épais, le derme est couvert d'une couche de cellules irrégulières implantées perpendiculairement et formant au bord de la coupe une frange très irrégulière.

L'inflammation apporte des altérations qui lui sont propres et qui d'ailleurs ne vont pas très profondément dans le tissu conjonctif sous-cutané : entre les fibres connectives se forment des amas de cellules embryonnaires, qui petit à petit transforment le tissu en un véritable tissu de granulation ; la paroi des vaisseaux est gonflée avec augmentation de volume de leurs cellules endothéliales, et les vaisseaux sont entourés par un petit manchon de cellules embryonnaires. On peut trouver les mêmes lésions au niveau du trajet fistuleux,

mais elles sont plus avancées. Les vaisseaux sont presque oblitérés par le gonflement de cellules endothéliales.

Il reste maintenant la troisième variété, les fistules avec kyste dermoïde. Il s'agit de savoir si la fistule avec kyste est bien congénitale ou si elle est consécutive aux inflammations de ce kyste dermoïde? Or il n'est pas toujours facile de décider, même au point de vue anatomo-pathologique, quelle est la nature de cette fistule. Ces kystes, ordinairement de petit volume, passent souvent inaperçus; le malade vient consulter le chirurgien lorsque son kyste s'est enflammé sous l'action d'une cause banale quelconque. Parfois alors un choc, une chute, a produit l'ouverture de la poche qui s'est vidée.

Cette ouverture est suivie de la formation de fistules qui offrent les caractères généraux des fistules symptomatiques.

A côté de ces fistules, dites « consécutives », il existe certainement des fistules d'origine congénitale, quoique le nombre de ces dernières doit être fortement minime.

D'après une observation recueillie dans le service de M. le professeur Forgue par M. le Dr Jeanbrau, en 1898, nous voyons un malade qui, outre un orifice fistuleux consécutif au kyste dermoïde enflammé, présentait un autre orifice au-dessous du précédent; par cet orifice sortait un poil, conduisant dans une partie élargie en cul-de-sac, où se trouvaient, plus nombreux, de longs poils soyeux formant pinceau dans la lumière du trajet. Ce second orifice présentait tous les caractères d'une fistule congénitale: il était simple, en entonnoir, évasé, bordé par une peau d'aspect et de consistance normaux.

Nous voyons par conséquent que cette dernière

variété de fistules peut être d'origine congénitale ou symptomatique. Congénitales, les fistules sont le plus souvent borgnes externes, comme le fait prévoir leur origine. Symptomatiques, elles sont constituées par des orifices entourés de bourgeons fongueux, avec un trajet suppurant.

PATHOGÉNIE

Pour expliquer le mécanisme de ces malformations sacro-coccygiennes, il nous faut rappeler en quelques mots, tout d'abord l'anatomie de la région chez l'adulte, ensuite le processus de développement embryonnaire qui aboutit à constituer normalement la région sacro-coccygienne.

1° Anatomie normale de la région

La région sacro-coccygienne est triangulaire, et ses limites sont données par trois lignes fictives, menées d'une épine iliaque postéro-supérieure à l'autre et de chacune d'elles à la pointe du coccyx.

Toute cette région est bombée dans le sens vertical, mais offre dans le sens transversal un sillon, le pli interfessier, qui s'accuse de plus en plus profondément vers la pointe inférieure du triangle. En dehors de cette fente, les fesses forment latéralement deux masses proéminentes. La peau ne présente aucune particularité, si ce

n'est d'être assez peu mobile sur la ligne médiane, où l'on sent qu'elle est seule à recouvrir le squelette.

Le tissu conjonctif sous-cutané est adipeux dans des proportions variables : il est très épais sur chaque côté de la rainure interfessière, devient beaucoup plus mince sur la ligne médiane où la face profonde du derme est intimement soudée par une mince couche de tissu fibro-conjonctif très dense à la crête sacro-coccygienne. Sur les parties latérales de la rainure fessière, correspondant aux tubercules sacrés, on trouve de nombreux tractus résistants et assez longs qui partent de ces tubercules et vont se fixer à la peau doublée de sa couche graisseuse ; ces trousseaux conjonctifs sont indépendants des insertions tendineuses du grand fessier. Quoique existant sur la ligne médiane, ces tractus fibreux y sont cependant moins forts, moins résistants. Au niveau du coccyx on trouve les mêmes adhérences latérales qui se confondent en grande partie avec les insertions du muscle grand fessier. Sur la partie médiane du coccyx on voit que la peau lui est unie d'une manière intime par l'intermédiaire du pannicule graisseux qui double le derme; ce pannicule graisseux est là beaucoup plus dense et d'un tissu plus serré que sur les parties latérales.

Nous voyons par conséquent qu'entre la peau et le squelette il n'existe pas de parties molles, si ce n'est une légère couche graisseuse. De plus, la peau étant reliée aux parties profondes par des tractus fibreux, là où ces tractus seront plus abondants et moins lâches, il se formera des dépressions, d'autant plus que les parties voisines ont une grande tendance à se charger de graisse, ce qui accentuera davantage la manifestation de ces fossettes.

2° Développement de la région et déductions tératogéniques

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont unanimes à reconnaître l'origine congénitale de ces affections, et c'est à l'embryologie que nous devons nous adresser pour nous rendre compte du mécanisme de leur production. Il nous paraît bon en même temps de discuter les opinions qui ont été émises à ce sujet par les auteurs qui les ont observées.

Kuhn, nous semble-t-il, fut le premier qui chercha à donner une explication de la formation de l'infundibulum coccygien. « La conformation singulière de cette cicatrice et son adhérence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal rachidien permettent de supposer, non sans quelque raison, qu'elle est la trace d'un ancien hydrorachis périphérique des premiers temps de la vie embryonnaire, ayant été ouvert et puis cicatrisé. » Cette théorie n'a pour elle aucune preuve ; elle est toute hypothétique. Dans toutes les pièces qui ont été examinées et qui portaient des fossettes interfessières on n'a jamais rencontré de défaut d'union des vertèbres, ni rien qui puisse rappeler cet état.

Lawson Tait en 1877, au Congrès de Dublin, dans son compte rendu sur les fistules de la région sacro-coccygienne, émet l'opinion que les malformations sacro-coccygiennes sont les vestiges de l'appendice caudal de l'homme primitif. Comme défense de cette théorie, on pourrait citer des exemples assez souvent observés d'appendices cordiformes de la région sacro-coccygienne.

Mais à l'examen ces tumeurs n'ont pas montré les caractères propres à la queue des animaux ; on n'y a rencontré ni tissu musculaire, ni tissu osseux.

Il nous paraît préférable alors de voir là une anomalie plutôt que de vouloir en faire un état physiologique ancien.

Qu'un enfant naisse avec un doigt supplémentaire, est-ce qu'on va expliquer cette difformité congénitale par son existence constante chez l'homme ancestral? ou bien comment, par la théorie de Lawson Tait, va-t-on expliquer les cas de deux dépressions, chez le même sujet, chose qu'on a souvent observée ?

Féré, en 1878, publie le résultat de quelques recherches sur l'infundibulum coccygien et émet à cette occasion l'hypothèse que l'existence de cet infundibulum, ou de la fossette, beaucoup plus fréquente, pourrait bien être rattachée à la fermeture du canal rachidien, à la formation de l'ombilic postérieur. « On sait en effet, dit-il, que de même qu'il existe une soudure antérieure des lames vertébrales antérieures formant un ombilic antérieur, de même il doit y avoir en arrière une soudure des lames vertébrales postérieures, aboutissant à un ombilic de la région correspondante. Le point de soudure postérieur est difficile à apprécier à cause de la rapidité avec laquelle elle s'effectue ; cependant quelques auteurs n'hésitent pas à le placer vers la partie inférieure de la moelle plutôt que vers la partie supérieure, comme on l'a cru pendant longtemps ; il correspondrait donc au point où se trouve la dépression que j'ai signalée. Enfin, la soudure ombilicale postérieure serait ordinairement invisible, car elle se fait sans intermédiaire et sans donner, comme l'antérieure, passage à des vaisseaux qui constituent à celle-ci une physionomie spéciale. »

« Dans cette hypothèse, cette fossette aurait des liens de parenté avec les spina-bifida plus ou moins complets que l'on observe à la région inférieure de la colonne vertébrale. »

Cette hypothèse de formation des infundibula n'est pas admise non plus. Dans la formation de l'ombilic antérieur ou de l'ombilic proprement dit, le défaut de soudure des lames ventrales a pour cause la présence du pédicule vitello-intestinal qui s'engage dans cette ouverture. Or, rien de pareil ne se produit sur la face convexe ou postérieure de l'embryon et, si la soudure des lames vertébrales à ce niveau n'avait pas lieu, il en résulterait une communication de la peau avec le canal rachidien, c'est-à-dire un véritable spina-bifida. De plus, il faudrait, quand on se trouve en présence de plusieurs dépressions, multiplier autant de fois le nombre des ombilics.

M. Lannelongue, ainsi que ses élèves, considèrent, en effet, les fossettes comme le résultat d'une invagination, d'un enclavement du feuillet externe du blastoderme, rattaché aux parties profondes par des adhérences celluleuses ou fibreuses. En faisant la critique de l'hypothèse de Féré, M. Lannelongue dit : « Ce n'est donc pas à un défaut de soudure des lames médullaires qu'on doit rapporter cette disposition, car, je le répète, ce défaut de soudure laisserait la peau en continuité directe avec la gouttière primitive de l'embryon. Ne sait-on pas, en effet, que la gouttière médullaire résulte de la dépression du feuillet externe ou épidermique? Mais l'existence de cette gouttière est de courte durée, et elle est promptement transformée en canal par la soudure des lames médullaires latérales. A ce moment, le feuillet épidermique n'est plus inclus : il repose et adhère à ces lames.

» Dans une période plus avancée, apparaît la masse proto-vertébrale aux dépens de laquelle se forment les vertèbres. Celle-ci passe en arrière entre le canal vertébral et la lame épidermique, comme elle s'insinue en avant du canal médullaire. Or, au niveau du sacrum, cette masse proto-vertébrale ne ferme plus en bas le canal sacré, et, d'autre part, il ne vient ensuite s'interposer que fort peu de parties molles en arrière, puisque la région est réduite à la peau et au squelette. Il en résulte que le feuillet superficiel, accolé plus tard au feuillet moyen, conserve des rapports plus étroits avec le squelette, et cela expliquerait d'une part la formation de dépressions plus ou moins profondes qu'on y rencontre ; en second lieu, la présence presque exclusive de cet état anatomique dans la région sacro-coccygienne. »

Cette théorie de l'invagination d'une petite partie de l'ectoderme dans le mésoderme au cours du développement était reprise en 1887 par MM. Tourneux et Herrmann, qui, dans un travail important publié dans le « Journal de l'anatomie et de la physiologie », montrent, par des coupes pratiquées sur des embryons aux diverses périodes de la gestation, que les malformations qui nous occupent ont pour cause dans leur formation la persistance des vestiges médullaires coccygiens.

Ces vestiges coccygiens s'insérant à la face profonde de la peau s'opposent à son déplacement et favorisent son pincement.

Ce qui est très intéressant au point de vue embryologique, c'est l'évolution de la portion coccygienne du tube médullaire chez le fœtus et la formation de ce genre de difformité par une anomalie de développement.

Les travaux de MM. Tourneux et Herrmann nous l'ont montré d'une façon précise, et nous ne pourrons mieux

faire que de citer les conclusions de leur travail qui peuvent être formulées ainsi :

« 1° Au commencement du troisième mois lunaire de la vie fœtale (fœtus 37 mm.), le tube médullaire se prolonge en bas jusqu'à l'extrémité de la colonne vertébrale, dans l'éminence coccygienne ; son segment terminal, répondant à la dernière vertèbre du coccyx, est légèrement renflé et contracte des adhérences par sa face postérieure avec les couches profondes de la peau.

» 2° Vers la fin du même mois, la colonne vertébrale, se développant plus rapidement que les parties molles, entraîne avec elle la partie attenante du tube médullaire, dont l'extrémité continue à adhérer au tégument externe. Il résulte de cette inégalité de croissance que la portion terminale ou coccygienne du névraxe se recourbe et décrit une anse dont la branche profonde est en rapport avec la face dorsale des vertèbres coccygiennes (segment coccygien direct), et dont la branche postérieure se dirige obliquement de bas en haut et d'avant en arrière (segment coccygien réfléchi).

» 3° Dans le courant du quatrième mois lunaire (fœtus 10,5/14,5 cent.), le segment coccygien direct s'atrophie et disparaît ; le segment dorsal ou réfléchi continue à évoluer : nous proposons de donner aux amas cellulaires qui le constituent le nom de *vestiges coccygiens* du tube médullaire.

» 4° C'est pendant le cinquième mois lunaire que ces vestiges médullaires coccygiens atteignent leur maximum de développement (fœtus 13,5/20 et 16/23,5 cent.) ; ils sont constitués par des cordons ou des amas de petites cellules sphériques ou polyédriques, creusés d'excavations irrégulières que limite une couche de cellules prismatiques, polyédriques ou pavimenteuses suivant les

points envisagés. Des faisceaux de fibres lamineuses les rattachent à l'extrémité du coccyx (ligament caudal).

» 5° A partir du sixième mois de la vie fœtale, les vestiges coccygiens subissent une atrophie progressive, mais on peut encore en retrouver des restes au moment de la naissance.

» 6° L'extrémité inférieure du tronc est incurvée en avant jusqu'au milieu du cinquième mois lunaire (fœtus 16/23,5 cent.). A ce moment, les parties molles prennent un développement considérable, la région ano-coccygienne s'allonge et se redresse et l'éminence coccygienne s'efface complètement.

» 7° Dans cet accroissement des parties molles qui refoule en arrière le tégument cutané, la peau située en regard des vestiges coccygiens reste fixée à la pointe du coccyx par les fibres du ligament caudal. Dans certains cas, ces fibres ne se prêtent pas à l'extension des parties voisines: la peau s'invagine et constitue alors une dépression infundibuliforme plus ou moins profonde (fossette coccygienne).

» 8° Les parois de cette fossette coccygienne sont tapissées par le revêtement cutané dépourvu de follicules pileux; par contre, les glandes sudoripares y sont abondantes. »

Cette théorie, admise à l'heure actuelle par tous les auteurs parce qu'elle est basée sur la connaissance exacte des faits embryogéniques, a ruiné complètement les hypothèses que d'autres auteurs avaient voulu ériger, sans preuves anatomiques, en théories pathogéniques.

En connaissant maintenant le mode de formation de l'infundibulum sacro-coccygien, il nous sera facile de nous rendre compte du passage de cet infundibulum à l'état de fistule. Supposons, en effet, les bords de la

fossette très rapprochés, son orifice rétréci, obstrué, soit par des débris épithéliaux, soit par des matières sébacées, soit par des matières ou des poussières organiques quelconques, qu'à cela s'ajoute encore un écoulement séreux ou séro-purulent — et la fistule est créée.

L'inflammation du trajet fistuleux s'explique d'autant mieux que la région interfessière est le siège fréquent d'érythèmes ou d'inflammations superficielles. La malpropreté influe sur l'inflammation des infundibula aussi bien que leur constitution anatomique.

ETIOLOGIE

Nous ne nous occupons ici que des fistules de la région sacro-coccygienne d'origine congénitale. Quoique congénitales, dans le sens attaché à ce mot par M. Lannelongue, c'est-à-dire quoique dues à des germes existant dès la vie fœtale, ces fistules, nous l'avons vu, peuvent se développer très tôt ou très tard. L'âge auquel elles se montrent n'a rien de typique : aussi les retrouvons-nous aussi bien dans l'âge adulte que dans l'âge le plus tendre. Leur fréquence est loin d'être rare. Pour se rendre compte, il faut observer une série assez nombreuse de sujets ou bien se baser sur les éléments de statistique de nos savants maîtres qui nous ont fait connaître ce genre de difformité.

Ainsi M. Heurtaux, ayant examiné 960 sujets, (670 hommes et 290 femmes), a constaté chez 42 (29 hommes et 13 femmes) des traces plus au moins prononcées d'infundibulum. Dans 27 cas seulement il existait réellement un infundibulum dans lequel pouvait pénétrer un stylet. Dans les autres cas, il y avait seulement une dépression à bords évasés dont le fond était complètement fermé. Kuhn les a rencontrées dans la

proportion d'une sur quatre ou cinq cas. M. Lannelongue, en examinant méthodiquement le sillon interfessier, a noté 95 cas sur 130 de l'existence d'une dépression, d'un infundibulum, ou même d'une petite fistule.

Rieffel, qui a examiné une grande quantité de sujets vivants ou morts, dit avoir constaté la dépression sus ou sous-coccygienne 45 à 50 fois sur 100. Elles seraient un peu plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, mais leurs caractères ne se modifieraient guère avec l'âge.

L'hérédité a été invoquée par plusieurs auteurs. Ainsi Lawson Tait cite le cas d'une femme qui présentait un infundibulum para-coccygien très développé. Tous les enfants de cette femme présentaient le même vice de conformation : chez trois de ces enfants la fossette était très développée, et chez un quatrième, âgé de 8 ans, la dépression atteignait la profondeur d'un centimètre et son orifice extérieur un diamètre de 13 millimètres. Godin présente en 1897, à la Société de biologie, une observation (Obs. XII) concernant la transmission héréditaire d'une fistule sacro-coccygienne du grand-père à ses deux petits-enfants. Il est certain que l'hérédité joue ici le rôle qu'on lui attribue dans toutes les affections congénitales. Elle constitue le seul élément étiologique connu. A côté de l'hérédité, on peut faire jouer un certain rôle à la consanguinité (Obs. V).

Le sexe ne paraît avoir aucune influence véritable sur la production de ce vice de conformation.

On a remarqué que ces anomalies étaient souvent accompagnées d'autres malformations congénitales. Kirmisson prétend qu'elles seraient plus communes chez les enfants atteints de pieds bots. Kuhn les a cons-

tatées surtout chez les sujets qui naissent avec des difformités musculaires des membres inférieurs.

Pouthiou-Lavielle rapporte le cas d'une petite fille de huit mois chez laquelle, outre une dépression sacro-coccygienne très marquée, il existait une imperforation de l'anus et une communication entre le vagin et le rectum.

SYMPTOMATOLOGIE

Le malade porteur d'une fistule peut l'ignorer et venir à propos d'une autre maladie réclamer les soins du médecin. Souvent même il ne sait pas qu'il est porteur d'une malformation dans la région sacro-coccygienne si son existence ne se traduit par aucun symptôme.

La présence d'un infundibulum plus ou moins profond n'est pas à l'abri d'une infection souvent très banale qui, une fois produite, donne naissance à des abcès à répétition et à des fistules simples. Il est nécessaire d'examiner attentivement la région, en effaçant le sillon interfessier, pour découvrir la lésion et préciser sa nature.

Dans certains cas, les symptômes physiques se traduisent par une douleur au niveau de la région sacro-coccygienne, douleur spontanée ou provoquée. La douleur spontanée est rare ; le malade ressent plutôt des démangeaisons, des fourmillements, indiquant un état inflammatoire de la région.

D'autres fois, plus rarement il est vrai, les fistules s'accompagnent de douleurs très vives s'irradiant soit vers les lombes, soit vers les fesses et les cuisses. Cette douleur se traduit quand le malade fait des mouvements

ou se livre à des exercices violents, des marches exagérées.

Dans d'autres cas, l'attention du malade ne sera attirée que par l'apparition de taches séro-purulentes sur son linge. L'issue de pus par l'orifice fistuleux est presque constante ou bien elle est intermittente ; la poche se vide en une seule fois et ne s'ouvrira qu'un mois, plusieurs mois plus tard. La réouverture de la poche est d'habitude précédée de douleurs assez vives qui se calment complètement par l'évacuation du pus.

L'inspection nous permettra de préciser le siège exact de la lésion ; il peut occuper, comme nous l'avons dit plus haut, l'origine de la rainure interfessière, c'est-à-dire la face postérieure du sacrum, le niveau de l'articulation sacro-coccygienne, ou bien la pointe du coccyx.

L'aspect de l'orifice, sa coloration, l'état de la peau et son siège habituel sur la ligne médiane, ont une grande valeur dans la symptomatologie de la lésion.

La palpation nous renseigne sur la mobilité de la peau.

L'exploration par le stylet est plus ou moins facile, suivant la dimension de l'orifice. Le stylet nous montrera la direction de la fistule, sa longueur, sa forme, la présence de matières organiques et les diverses communications qu'il peut avoir avec les parties voisines. On cherchera surtout le rapport du fond avec la partie profonde et surtout avec le squelette pour pouvoir établir le diagnostic différentiel d'avec les autres fistules de la région sacro-coccygienne.

Ces fistules congénitales peuvent persister sans donner lieu à aucun accident inflammatoire et restent inaperçues. Dans le cas contraire elles donnent lieu à une intervention d'ordre chirurgical qui supprime définitivement la difformité.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Examen fait, une fistule de la région sacro-coccygienne nous met en présence de divers diagnostics à discuter. Il est essentiel, au point de vue du traitement, de préciser exactement la nature de la lésion et de ne pas la confondre avec une autre lésion qui demandera une intervention différente.

La fistule qui nous intéresse ici provient d'une dépression cutanée congénitale, profonde et enflammée. Mais il ne faut pas oublier que les fistules en général peuvent avoir pour origine dans la région sacro-coccygienne, non pas une dépression cutanée, mais un os, une articulation, un abcès tuberculeux, un abcès chaud simple, une tumeur quelconque.

Les fistules ostéopathiques seront reconnues à leur évolution spéciale, à l'existence antérieure de quelque affection osseuse, comme par exemple une ostéomyélite, à la direction que prend la sonde qui les explore, à la constatation d'un point douloureux spécial sur quelque os du voisinage, coccyx, sacrum ou ischion, à l'expulsion de quelque poussière osseuse, ou enfin, signe capital, pathognomonique, à la découverte par le stylet enfoncé dans le trajet malade de quelque point osseux dénudé.

L'historique, l'étiologie, la douleur initiale du début prouveront ailleurs qu'il s'agit d'un abcès chaud dont l'ouverture est devenue fistuleuse.

La nature de l'écoulement, son examen histelogique et bactériologique, la multiplicité des orifices fistulaires, déchiquetés, irréguliers, l'état général et la fièvre du malade donneront parfois la preuve qu'il s'agit d'un abcès froid dont la membrane granuleuse continue à suppurer.

M. Verneuil, en 1891, au Congrès français de chirurgie, rapporte un cas de fistule consécutive à un abcès et donnant issue au liquide céphalo-rachidien. La suppuration semblait y être née sous le périoste au niveau du 3me trou sacré postérieur qu'on trouvait dilaté et à bord rugueux, et elle semble, tout en marchant en bas vers la peau, avoir atteint en haut et perforé le cul-de-sac terminal inférieur des méninges rachidiennes, d'où l'issue du liquide céphalo-rachidien. Dans ce cas il y avait des symptômes névropathiques : une pseudo-sciatique par irritation directe du plexus sacré, et des accès espacés d'état stertoreux et comateux. L'abondance d'une part, et l'examen d'autre part, microscopique et chimique, du liquide qui s'écoulait, permirent seuls d'arriver au diagnostic.

Quant à la fistule anale, son orifice est souvent un peu saillant et forme une espèce de papule ; quelquefois c'est une simple petite fente, sans relief, sans changement à la peau. Souvent même la sortie du pus, sous l'influence de la pression du doigt, en dénote seule l'existence. Si la fistule est complète, par l'introduction d'un stylet nous pourrons pénétrer dans la cavité rectale et confirmer le diagnostic en allant, par le toucher rectal, sentir la pointe du stylet se mouvant dans la cavité ; si

la fistule est incomplète, à travers la muqueuse, nous pourrons sentir encore la pointe de l'instrument. L'examen au spéculum anal nous montrera aussi l'orifice et les lésions de la muqueuse. Le linge du malade sera souvent souillé de pus, mais de pus mélangé de matières fécales. Le malade présentera une grande douleur quand il ira à la selle.

L'examen du pus nous permettra, en effet, de constater la présence de poils, d'épithélium pavimenteux corné et graisseux dans les cas de fistules congénitales.

La présence des orifices multiples doit être examinée avec attention pour reconnaître l'orifice congénital des orifices adventices. Dans ce cas, l'orifice congénital est médian, lisse, tapissé de peau normale qui se continue sans bourrelets avec celle de la région circonvoisine et qui diffère ainsi des autres ouvertures qui ont la forme ordinaire, avec bourrelet rouge, de toutes les fistules inflammatoires.

En cas de kyste dermoïde suppuré, fistuleux, le malade nous renseignera sur l'existence d'une tuméfaction ayant son siège sur la ligne médiane dans le pli interfessier. Cette tuméfaction existait avant la douleur, avant tous les autres symptômes inflammatoires.

La peau souvent mince, fine, rouge, lisse, est déprimée en entonnoir au centre duquel se trouve l'orifice du kyste vidé. L'ouverture fistuleuse est-elle congénitale, ses bords ne ressemblent pas à ceux des fistules inflammatoires ordinaires, n'ont pas de bourrelets rouges, saillants, en cul-de-poule, mais sont nets et formés par la peau saine qui s'invagine simplement dans le trajet fistuleux. D'autre part, quand l'ouverture d'un kyste s'est faite à distance, par un trajet fistuleux avec orifice de fistule ordinaire, inflammatoire, à bords renversés en

bourrelets saillants et sanieux, le trajet en question vient toujours aboutir sur la ligne médiane à une poche dont l'existence est décelée par une dépression tégumentaire, où la peau sera tantôt normale, tantôt altérée par l'inflammation du kyste.

Le pronostic de ces lésions et bénin et on a pas noté des cas d'une complication sérieuse.

TRAITEMENT

Dans les cas d'infundibulum léger, le traitement sera nul. Quelques soins de propreté suffiront pour délivrer le malade des inconvénients légers.

S'il s'agit de cas plus prononcés, le grattage à la curette tranchante ou les cautérisations au thermocautère seront suffisants.

Les fistules congénitales avec long trajet enflammé, donnant issue permanente à du pus ou bien formant des abcès à répétition, demanderont une intervention chirurgicale qui mettra à coup sûr à l'abri d'une récidive.

On doit chercher à les guérir radicalement et aussi rapidement que possible. Le seul moyen rationnel qui doive être employé, et qui donne d'excellents résultats, consiste à détruire complètement la paroi cutanée de la fistule congénitale, ainsi que les fongosités des abcès et fistules de voisinage.

Pour arriver à ce résultat, on peut, soit faire l'ablation de la poche à l'aide d'un bistouri, par deux incisions demi-elliptiques, soit la destruction de la paroi et des fongosités des abcès de voisinage au moyen du fer rouge. A l'heure actuelle, on a recours au premier : on emploie le bistouri

et on enlève entièrement le trajet fistuleux et ses orifices. Un stylet étant au préalable introduit dans toute la longueur du trajet, deux incisions légèrement courbes circonscrivent la portion de peau qui comprend tous les orifices, et en quelques coups de bistouri on enlève largement le trajet fistuleux avec une zone du tissu cellulo-adipeux qui l'entourne.

Il convient de remarquer que l'incision simple, et même une incision incomplète, exposeraient à laisser en place une portion de peau invaginée qui mettrait obstacle à la cicatrisation complète de la plaie. Si on est sûr d'avoir opéré aseptiquement, en tissu sain, on devra faire une réunion totale immédiate. Mais si l'on a opéré une fistule infectée avec des abcès ou bien plusieurs fistules aboutissant à la peau à des distances différentes les unes des autres, quelquefois même très haut, la réunion immédiate est impossible. Dans ce cas-là, on enlèvera le foyer primitif, on incisera les fistules plus ou moins éloignées et on laissera la réunion se faire secondairement, n'oubliant pas de drainer avec soin.

Cette opération ne demande pas une anesthésie générale ; l'injection locale de cocaïne ou mieux de novocaïne, comme on fait actuellement, suffiront dans la majorité des cas.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Prise dans le service de M. le professeur Forgue, par M. le docteur Chauvin, chef de clinique.)

Fistule congénitale de la région sacrée. — Ablation.

S.... J..., 22 ans, entre le 1er décembre 1913 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Dubrueil, n° 4, pour trajet fistuleux dans la région anale.

Il y a 3 ans, douleur, inflammation dans le sillon interfessier, vers la pointe du coccyx. Un petit abcès s'est formé, puis s'est ouvert et s'est guéri entièrement.

Nouvel abcès au même point il y a 2 ans.

Dernier état inflammatoire en septembre dernier. Tuméfaction chaude et douloureuse qui vers le 3e jour s'est ouverte spontanément.

Etat actuel. — Depuis ce jour persiste un trajet fistuleux. Plus de douleurs ; pas de gêne fonctionnelle.

Appareil respiratoire : Rien. Ne tousse pas, ne crache pas.

Appareil circulatoire : Rien de particulier.

Appareil digestif : Rien. Constipation opiniâtre ; pas d'hémorroïdes.

Appareil génital : Enceinte de 3 mois, rien d'anormal.

Système nerveux : Rien à noter.

Etat général : Bon.

Antécédents héréditaires. — A perdu une sœur bacillaire.

Antécédents personnels. — Végétations adénoïdes opérées il y a 3 ans. Bonne santé habituelle.

Dans le haut du pli fessier, mais sensiblement au-dessous de son origine, à 2 bons centimètres de celle-ci, s'observe une fistule qui offre les caractères suivants : La région d'abord frappe par le développement de son appareil pileux. Toute la zone lombo-sacrée est couverte de petits poils, plus abondants que sur les autres parties du tronc. L'orifice fistuleux a les dimensions d'une lentille. Il est elliptique, à grand diamètre longitudinal. Il est bordé — détail important — par une marge cutanée, c'est-à-dire que la peau s'entropionne à son niveau et se prolonge dans la profondeur. Il est encore à considérer que la coloration de cette peau est normale, et qu'il n'existe aucun décollement latéral. La direction du trajet paraît être obliquement ascendante, et remonter en haut, vers la jonction du sacrum et du coccyx. La profondeur du trajet est de 2 centimètres. Au stylet, pas de point osseux. La distance de la fistule à l'anus est de 9 centimètres.

11 décembre 1913. — Ablation en bloc du trajet fistuleux, sous anesthésie locale. Suture aux crins complète.

18. — Pansement. Les deux crins inférieurs ont lâché. Suintement léger.

11 janvier 1914. — Sort. La plaie, dont les deux points inférieurs se sont désunis, donne encore un tout petit jeu. La malade sera pansée chez elle.

Observation II

(Inédite)

(Prise dans le service de M. le professeur Forgue, par M. le docteur Chauvin, chef de clinique.)

Fistule sacro-coccygienne congénitale enflammée.

D... J..., domestique, 22 ans, entre le 9 décembre 1914 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Dubrueil, n° 10, pour trajet fistuleux de la région sacro-coccygienne.

Le début de la maladie remonte à 2 ans et demi. Un abcès se forme dans le pli interfessier. La malade ne peut affirmer que rien d'anormal n'existait auparavant dans la région. Au bout de 8 jours, l'abcès s'ouvre et coule pendant 6 mois, puis se tarit. Des abcès se sont ensuite reformés à cinq reprises différentes. Le dernier a eu lieu il y a un an : il a donné quelques jours à peine, et depuis la malade allait bien. Depuis 4 jours, abcès nouveau qui s'est percé le jour de l'arrivée.

Etat actuel. — Les douleurs très vives ont cessé depuis l'ouverture ; douleur locale sans irradiations pendant la marche ; les stations debout et assise sont

impossibles. Depuis l'ouverture, écoulement purulent abondant.

Appareil respiratoire : Tousse, ne crache pas. Pas de dyspnée ni de point de côté.

Rien à noter dans les appareils digestif, circulatoire, urinaire et génital.

Système nerveux : Crises nerveuses avec tremblements sans perte de connaissance.

Etat général : Bon.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident Mère bien portanté.

Antécédents personnels. — Typhoïde il y a 4 ans. Bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans. Pas de grossesse.

A l'examen, on trouve dans le pli interfessier, en arrière de l'anus, deux orifices fistuleux. Le premier est à environ 4 centimètres de l'anus, nettement épidermisé, et laissant même échapper quelques poils; il est elliptique, allongé dans le sens du sillon interfessier, et mesure dans son grand axe environ 4 millimètres. Le second, qui présente des caractères analogues, est distant du premier de 3 centimètres. Au-dessus de cet orifice, et arrivant presque à son contact, on trouve une petite fossette déprimée et velue.

19 décembre. — On enlève en bloc le trajet fistuleux, dont on doit disséquer assez loin des prolongements inflammatoires. Pas de lésions osseuses. Suture.

27. — Premier pansement. Les quatre points inférieurs se sont désunis.

Pansement chaque deux jours.

11 janvier 1914. — La malade sort. Viendra se faire panser.

Observation III

Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue,
par M. le docteur Jeanbrau en 1898)
(*In* thèse de Masquin)

Henri B..., cocher, 34 ans, entré le 24 novembre 1898, pour une fistule de la rainure interfessière.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt. Pas de malformation chez ses ascendants.

Antécédents personnels. — Rougeole dans son enfance. Pas de stigmates de syphilis ni de tuberculose. Une fièvre typhoïde à 22 ans.

Depuis bientôt deux ans, le malade a eu trois abcès chauds de la rainure interfessière, survenus sans cause apparente; les deux premiers ont guéri spontanément. Le troisième a donné lieu à une fistule pour laquelle le malade est entré au service en janvier 1898.

A ce moment on constata, à 3 centimètres au-dessus de l'anus, deux orifices fistuleux, dont les bords n'étaient pas saillants, par lesquels il s'écoulait un pus crémeux et fétide. Un poil sortait par l'orifice supérieur. Un stylet introduit montra qu'il s'agissait d'une fistule borgne externe. M. le professeur Forgue porta le diagnostic de kyste dermoïde suppuré et enleva une large bande de tissu comprenant dans son épaisseur le kyste qui contenait une touffe de poils. Suture au crin de Florence, réunion *per primam*.

La guérison fut complète jusqu'à ces derniers temps. Il y a huit jours, un nouvel abcès s'est produit à

6 centimètres environ au-dessus de l'anus. Le malade entre au service pour la fistule qui en est résulté.

A l'examen, on constate dans la rainure interfessière quatre orifices fistuleux, deux à la partie toute supérieure et qui occupent une cicatrice saillante et violacée. A un centimètre au-dessous, on trouve un orifice qui conduit dans un trajet infundibuliforme ; à un travers de doigt plus bas, en écartant les fesses, on découvre une nouvelle dépression infundibuliforme. Par l'orifice moyen, il sort un poil.

Opération (le 28 novembre 1898). — Cocaïne ; une double incision de 20 centimètres de hauteur circonscrit toute la région fissurée et va en profondeur jusqu'au coccyx et au sacrum.

M. le professeur Forgue extirpe une bande de tissu comprenant la peau et le tissu adipeux sous-jacent. On curette le fond de la plaie, mettant à nu les ligaments sacro-coccygiens, et on enlève aux ciseaux un prolongement fibreux qui s'insère solidement sur le sommet du sacrum et paraît en rapport avec le kyste dermoïde.

On réunit avec soin les lèvres de la plaie par des crins de Florence ; 10 centigrammes d'opium pendant 4 jours.

A l'examen de la pièce, on constate que la bande de tissu enlevé comprenait dans son épaisseur une petite poche, ouverte à l'extérieur par l'infundibulum supérieur, à parois épaisses, scléreuses, inégales, recouvertes en dedans par des fongosités suppurantes, et contenant une petite touffe de poils courts et parallèles, sans autres tissus ou organes. En plein tissu adipeux, au-dessous, en regard d'un infundibulum coccygien, la section découvre une touffe de poils plus petite, mais complètement enkystée et n'ayant pas provoqué de fistule.

On enlève les fils le dixième jour. Réunion par première intention. La cicatrice est parfaite, solide, non douloureuse. Un examen attentif est nécessaire pour en découvrir l'existence.

Observation IV

(Warren. — *The Boston medic. and surgic. Journal*, 1877, p. 328)

C. L., 20 ans. Entre à l'hôpital le 21 octobre 1876. Une année auparavant, chute sur le sacrum, et depuis elle ressent une douleur dans la région coccygienne. A l'examen on trouve deux ouvertures fistuleuses, médianes, dans le sillon interfessier, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. L'inférieure à l'union du sacrum avec le coccyx, la supérieure à un pouce de la première. Un stylet pénètre à une grande distance aussi bien en haut qu'en bas.

23 octobre. — Ouverture large des trajets. On trouve une mèche de poils dans le fond du trajet.

5 décembre. — Sortie de la malade guérie.

Observation V

(Résumée)

(Heurtaux. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 192)

Femme, âgée de 23 ans; de bonne constitution; est née de cousins issus de germains.

Depuis l'âge de 17 ans, suppuration au niveau de la région coccygienne. A l'examen on trouve, sur la ligne médiane, trois infundibula: le premier, large de 2 ou 3 mm., situé à 15 mm. en arrière de la pointe du coccyx; le second, très étroit, à 2 mm. plus en arrière; le troisième, enfin, aussi large que le premier, est à 18 mm. en arrière de celui-ci. Les trois orifices sont constitués par une peau saine. Il s'en échappe, quand on presse sur la région, une petite quantité de pus. Le stylet introduit dans l'un quelconque de ces orifices fait reconnaître l'existence d'un trajet fistuleux sous-cutané qui communique avec les trois infundibula. La malade, commençant une grossesse, ne peut être soumise à une opération.

Observation VI

(Idem, *Ibidem*)

Jeune fille, 18 ans, délicate, née de parents consanguins (cousins germains). Elle a eu cinq frères et sœurs, dont trois ont présenté des monstruosités.

Il y a deux ans, petit abcès à la fesse gauche, qui s'ouvre et se ferme à plusieurs reprises. Douleurs assez vives, calmées par l'écoulement du pus. A l'examen on trouve sur le raphé médian quatre petits pertuis, disposés sur la même ligne, à 16 et 13 mm. de la pointe du coccyx, et constitués par de fortes dépressions de la peau à coloration et apparence normales. En outre, on remarque, plus en arrière, à gauche du pli interfessier, un orifice fistuleux à contour inégal, fongueux, qui res-

semble aux fistules ordinaires. Les quatre infundibula et l'orifice adventice communiquent entre eux.

Opération consistant en deux incisions demi-elliptiques comprenant les cinq orifices et les trajets fistuleux. Cicatrisation au bout de cinq semaines.

Observation VII

(Idem, *Ibidem*)

M. B..., âgé de 19 ans, étudiant en médecine, éprouve depuis six mois de la sensibilité et un léger suintement purulent dans la région sacro-coccygienne.

On constate chez ce jeune homme la présence de quatre infundibula situés dans le pli interfessier et d'un orifice adventice placé plus en arrière, à droite de la ligne médiane. Les infundibula, inégalement distants, sont disséminés sur une longueur d'un peu plus de 2 cent. Le plus inférieur, placé à un centimètre en arrière de la pointe du coccyx, de forme ovalaire, est d'assez grande dimension, car il mesure 1 mm. d'avant en arrière. Le second est à 1 cent. plus en arrière; les deux derniers enfin moins espacés. Entre le quatrième infundibulum et l'orifice accidentel, il y a 22 mm. Cet orifice adventice, placé à 1 cent. à droite du pli interfessier, se présente sous la forme d'une légère saillie percée à son centre d'un trou par lequel s'échappe une petite quantité de pus. Il en coule également un peu des infundibula. Le stylet permet de reconnaître un trajet fistuleux qui fait communiquer tous ces orifices.

Observation VIII

(Résumée)

(Terrillon. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 25, I, 1882; et *Revue de Chirurgie*, 1882, p. 270.)

K..., 26 ans, éprouvait une série d'accidents à la partie supérieure de la rainure interfessière où existait sur la ligne médiane un orifice cutané, sans inflammation des bords et sans bourgeons, avec épithélium normal.

Le stylet introduit par cet orifice, qui avait la largeur d'une grosse sonde cannelée, pénétrait dans une cavité de 2 centimètres et demi de profondeur, dont le fond était plus haut que l'orifice et le diamètre d'un centimètre, poche piriforme. Ecoulement séro-purulent, qui datait de l'âge de 15 ans et tachait le linge.

L'orifice existait dès la naissance. L'examen du liquide fit reconnaître une grande quantité de cellules épithéliales pavimenteuses et quelques leucocytes.

Autour de la région de cette fistule cutanée, 5 ou 6 autres orifices tout différents, à bords déchiquetés et bourgeons sanieux. La peau du voisinage était violacée et soulevée. En pressant à leur niveau l'on fait sourdre du pus sanieux assez abondant. Le stylet introduit dans ces fistules s'enfonçait dans la direction des parois de la cavité cutanée. Elles correspondaient à autant d'abcès qui s'étaient développés à différents intervalles, s'étaient guéris momentanément et finalement étaient restés fistuleux et fongueux.

Le développement ou la recrudescence inflammatoire

des abcès par obturation momentanée des orifices donnait naissance à des souffrances très vives et très gênantes.

L'examen histologique confirma la diagnostic de la fistule cutanée entourée de fistules inflammatoires ordinaires.

Cautérisation au fer rouge.

Guérison rapide.

Observation IX

(Couraud. — Thèse de Paris, 1883)

Victor C..., âgé de 26 ans, entre le 13 décembre 1882 dans le service de M. Schwartz à l'hôpital Saint-Louis.

Ce malade nous raconte les faits suivants :

A la suite d'une chute de trapèze faite en 1872, il ressentit au niveau de la région sacrée une violente douleur qui s'atténua peu à peu sans jamais disparaître complètement.

En 1876, examinant les parties douloureuses, un médecin découvrit, au fond d'une dépression, un petit orifice siégeant dans le sillon interfessier.

En 1878, le passage d'un stylet dans l'orifice produisit l'évacuation d'une faible quantité de pus; des injections de nitrate d'argent et de teinture d'iode n'amenèrent pas l'oblitération de la fistule; les douleurs cessèrent alors pendant quelque temps,

En 1880, issue de pus et d'un faisceau de poils; le

malade, incommodé par cet état, se décide à entrer à l'hôpital.

A 3 centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, au milieu de la rainure interfessière, on trouve un orifice de 4 à 5 millimètres, communiquant avec un trajet fistuleux d'une longeur d'un centimètre environ. Ce trajet fistuleux, légèrement dévié à droite, aboutit à une cavité; la peau qui recouvre ces parties n'offre ni coloration anormale, ni adhérences aux parties profondes. A un centimètre du sillon interfessier et sur le bord droit, la peau, sur une étendue de 3 centimètres carrés, est rougeâtre. Cette surface est empâtée et demi-fluctuante; une incision donne issue à du pus mélangé de sang, au milieu duquel on aperçoit deux ou trois mèches de poils agglutinés ensemble. Le malade présente, du côté gauche, une atrophie testiculaire avec épididyme normal; cette atrophie est, paraît-il, congénitale. Testicule droit sain.

Opération faite le 18 décembre.— Chloroforme; ablation au bistouri du trajet fistuleux, ouverture cruciale de la poche, grattage, cautérisation de toute la surface au thermocautère. Les détritus contenus dans cette cavité sont formés de pus mélangé de tissu graisseux et de quelques mèches de poils. Pansement phéniqué.

20 décembre. — Le malade n'a pas de fièvre; pansement à l'iodoforme.

9 janvier. — Plaie à peu près cicatrisée. Sortie de l'hôpital.

25 janvier. — M. Schwartz, consulté par le malade, incise un petit abcès qui s'est formé au niveau de la cicatrice.

10 février. — Le malade est complètement guéri. Le tissu cicatriciel rétracté adhère aux parties profondes et

donne à la pression la sensation d'une surface dure de la largeur d'une pièce de 2 francs. M. Thuvien, interne des hôpitaux, a fait l'examen microscopique du trajet fistuleux dans lequel il a reconnu les éléments constitutifs de la peau.

Observation X

(Résumée)

(Reclus, *Clin. et Chir.*, 1884, p. 439)

Jeune homme, 16 ans, grêle, lymphatique. Variole à 4 ans, scarlatine à 11, fièvre typhoïde à 15, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour une fistule dont il ne souffre pas. Cette fistule est située dans la rainure interfessière, juste sur la ligne médiane, entre l'anus et la pointe du coccyx, à 6 mm. en avant de celle-ci environ. Son orifice, à fleur de peau, ne fait aucune saillie anormale, des plis radiés le bordant. Pas de changement de coloration des téguments. Légère sécrétion muqueuse.

L'orifice mesure 1 à 5 mm. de diamètre ; une sonde de femme y pénètre sans difficulté, mais elle est arrêtée après un trajet de 2 centimètres ; le canal se rétrécit alors et n'admet plus qu'un stylet qui remonte jusqu'à une hauteur de 5 centimètres, et là butte contre le cul-de-sac. C'est donc d'une fistule borgne externe qu'il s'agit ; elle ne présente aucune communication avec le rectum, et le toucher démontre qu'entre le doigt explorateur et le stylet il existe une épaisseur de tissu d'un demi-centimètre. Le trajet monte parallèlement à l'in-

testin. Les parois de cette fistule et les tissus qui l'environnent sont absolument souples.

D'après les dires de la mère du malade, cet orifice anormal a été constaté peu de temps après la naissance.

Le malade n'a pas encore été opéré.

Observation XI

(*In* thèse Hansen)

L..., 25 ans, comptable. Dit avoir eu, il y a un an, un « clou » entre les deux fesses, clou qui n'a pas cessé de suppurer depuis. A l'examen on constate à 6 centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, sur la ligne médiane, trois petites dépressions superposées et offrant à peine de 2 à 3 mm. de profondeur. Le fond de ces dépressions est recouvert de peau saine. Au-dessus de ces trois dépressions et à 10 centimètres environ de la pointe coccygienne, existe encore un orifice, en cul-de-poule, se continuant avec un trajet profond. Le stylet introduit aboutit à la face postérieure du sacrum, mais ne rencontre pas d'os dénudé.

Excision totale des trajets fistuleux. Guérison rapide. On trouva des poils roux dans la fistule.

Observation XII

(Due à M. Paul Godin, communiquée à la Société de biolog. Paris 1897)

Pour rendre plus intelligibles les indications qui vont suivre, l'auteur désigne le grand-père par L^1, son fils par L^2 et ses petits-enfants par L^3 et $L^{3'}$.

L^2 vient me trouver à propos d'un léger prurigo qui mit sous mes yeux deux orifices fistuleux de la région sacrée supérieure. Ils siégeaient sur la ligne médiane, le supérieur à 1 cent. 1/2 au-dessus de l'autre et à trois centimètres environ au-dessous de l'apophyse épineuse de la 5me vertèbre lombaire, correspondant à l'origine de la crête sacrée postérieure.

Je pus acquérir la certitude que la peau, qui se repliait au niveau de leurs bords, favorisait jusqu'au fond leur étroit canal.

L'orifice à fleur de peau présentait une forme circulaire et n'avait pas tout à fait 2 mm. de diamètre. Le trajet à direction perpendiculaire à la surface cutanée ne mesurait pas plus de 6 mm. pour la fistule la plus élevée et 5 mm. environ pour l'inférieure, et conservait dans toute sa longueur le diamètre de l'orifice.

La peau déprimée en doigt de gant, dans ce diverticulum simple, offre une certaine résistance et de l'élasticité au fond, tandis qu'elle est moins ferme et sans élasticité au niveau des parois latérales. A part une diminution appréciable de la mobilité au niveau même des pointes fistulés, la peau présente un aspect absolument normal et a conservé toute sa souplesse.

Trois mois plus tard, appelé à assister à la naissance de L^3, je constatai la présence de deux fistules identiques par leur siège, leur aspect et leur configuration anatomique à celles de L^2 son père. Je ne trouvai rien de semblable chez la mère. Hormis cette malformation l'enfant était parfaitement conformé.

Je poursuivis l'hérédité chez la sœur aînée de ce bébé L^3, elle avait dépassé trois ans. Chez elle, comme chez son père et son frère et malgré l'épaisseur du tissu adi-

peux, les fistules existaient très apparentes, nettement délimitées, et répondaient exactement à la description précédente.

Les circonstances me permirent, peu de temps après, de reconnaître que L[1], le grand-père de ces deux enfants, était porteur de cette même malformation, qu'il avait transmise à son fils, lequel l'avait lui-même transmise à ses enfants, sans modification.

Je ferai remarquer que ces fistules siègent chez les quatre sujets au niveau de la région supérieure, bien au-dessus de la rainure fessière, tandis que le siège habituel des fistules de la région sacro-coccygienne est la rainure elle-même.

J'ajoute que ces quatre sujets ne présentaient aucun autre vice de conformation.

Observation XIII

(Résumée)

(*In* thèse Pouthiou-Lavielle)

Léonie B..., 25 ans, domestique, entre à l'hôpital pour un écoulement purulent de la région sacro-coccygienne.

A l'âge de 11 ans, la malade reçut dans le bas des reins un coup de pied de bœuf. Quelque temps après elle constate tout à fait en haut de la fesse droite un petit « bouton ». Cette petite tumeur augmentait de volume et devenait douloureuse au moment des règles. Trois ans plus tard, survient un écoulement purulent et une fistule s'établit. La malade, entrée à l'hôpital, gué-

rit. La guérison se maintient pendant une année. La malade se heurte au coin d'une table et les troubles réapparaissent.

Actuellement on constate au niveau de la région sous-coccygienne, à la partie supérieure, au fond du pli interfessier, trois petits orifices, par où suinte un mélange de pus et de sang. Les trois orifices communiquent entre eux par des trajets fistuleux. Pas d'os dénudé.

Excision des trajets fistuleux.

Observation XIV

(Résumée)

(Routier. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 20 juin 1888)

J. R..., 38 ans, entrée à l'hôpital Laënnec en septembre 1888.

En 1873, elle a fait une chute sur le siège, et dès lors elle a toujours souffert de cette région. Peu de jours après la chute, apparut dans le sillon interfessier une petite tumeur du volume d'une noix, un peu sensible à la pression. Cette tumeur persista pendant 5 ans sans changements, mais ensuite il s'y forma un abcès qui malgré de petites interventions répétées ne guérissait pas complètement. Une fistule permanente s'était même établie et l'on avait admis l'existence d'une *affection osseuse*.

En septembre 1886, la fistule était fermée. Dans le sillon interfessier, au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, on constate plusieurs cicatrices ; en outre,

exactement dans le pli interfessier, vers la pointe du sacrum, un orifice en tout comparable à celui d'une énorme glande sébacée. Un stylet très fin put pénétrer dans cet orifice. Un peu de liquide séro-sanguinolent s'écoula au moment où le stylet fut retiré.

Excision complète du trajet et de la poche qui adhèrent fortement à la crête sacrée. Cicatrisation complète au bout de 15 jours.

A l'examen histologique on ne trouve que des lésions de nature inflammatoire.

Observation XV

(Résumée)

(Bilhaut. — *Ann. d'orth. et de chir. prat.*, 1891, p. 83)

M. Del..., 45 ans, sculpteur sur bois, atteint d'une fistule de la région coccygienne, se présente à notre consultation et nous prie de lui pratiquer l'opération de la « fistule anale ». L'interrogatoire du malade nous apprend qu'il est depuis sa naissance porteur d'une dépression cutanée ayant la forme d'une fistule et donnant issue, par intervalles, à un liquide séro-purulent. Le malade, obèse, est atteint d'hémorroïdes externes et, chez lui, le pli interfessier et la région anale sont souvent le siège d'érythèmes et d'inflammations superficielles.

On constate, à l'examen, trois orifices correspondant à un foyer central. Deux sont situés au fond du sillon et le troisième un peu à droite. Le stylet permet de bien établir que la lésion ne s'étend pas jusqu'au coccyx et

que la peau n'est pas décollée dans une grande étendue.

Incision de la fistule et grattage à la curette tranchante. Deux ans plus tard, récidive et nouvelle opération. Destruction du trajet au thermocautère. Guérison.

Observation XVI

(Résumée)

(Tapie. — *Revue médicale de Toulouse*, 1890, p. 31)

Jeune fille, 18 ans, présente un écoulement séropurulent au niveau de la région sacrée. Cet écoulement daterait de trois mois et aurait fait suite à une tumeur de la même région dont l'apparition remonterait à quelques années.

A l'examen, on trouve à l'origine de la rainure interfessière, au niveau de la base du sacrum, sur la ligne médiane, un orifice à bords fongueux donnant issue à du pus. Un stylet introduit s'enfonce profondément vers le sacrum, en se dirigeant vers la pointe de cet os. En écartant les fesses de la malade, on constate, à 3 centimètres de la pointe du coccyx, un large infundibulum cutané admettant sans peine le doigt médius. La peau de l'entonnoir est normale. Le fond du cul-de-sac infundibuliforme était divisé en deux par un petit point cutané. La portion supérieure admettait le stylet jusqu'à la profondeur d'un centimètre. Arrivé là, un cul-de-sac complet arrêtait l'instrument. La portion inférieure au contraire, adossée à la précédente à la façon de deux

canons de fusil, permettait au stylet de pénétrer bien plus profondément.

Large ouverture des trajets fistuleux qui communiquaient entre eux. On ne trouva pas d'os dénudé. Malgré cette intervention une récidive eut lieu. La malade est opérée de nouveau. On détruit toutes les cavités à l'aide du fer rouge. La guérison a été complète après un mois.

Observation XVII

(Résumée)

(Wette. — *Archiv. für klinische Chirurgie,* 1894, v. 47, p. 347)

Jeune fille, âgée de 15 ans. La malade présentait depuis sa naissance une fossette dans le sillon interfessier. Un an auparavant, la malade fut atteinte d'une fièvre typhoïde et depuis, dit-elle, elle éprouverait des douleurs dans la région sacrée, douleurs qui s'irradient vers le coccyx et vers la cuisse. A l'examen on constate à 14 centimètres au-dessus de l'anus, dans le sillon interfessier, à la hauteur de la deuxième vertèbre sacrée, une fossette cutanée à laquelle fait suite un cordon induré qui s'engage dans la profondeur.

La fossette ne donne pas issue à du pus et est sensible à la pression. On fait une incision autour de la fossette et on constate alors qu'à cette fossette faisait suite un trajet fistuleux, assez fin, qui s'engage entre deux apophyses épineuses de la colonne sacrée et pénètre jusque dans le canal sacré. Là on trouve, en dehors et à

gauche de la dure-mère, une poche de la grandeur d'une noix, qui, après incision, donne issue à une matière athéromateuse. Dans le trajet on trouve de la cholestérine, des cellules graisseuses. Excision du trajet fistuleux. On enlève même à la gouge une parcelle osseuse, afin de pouvoir mieux pénétrer dans la cavité.

L'examen histologique démontra que le trajet était revêtu d'une peau presque normale ; on ne trouva, néanmoins, pas de glandes sébacées, ni de follicules pileux.

Observation XVIII

(Idem, *Ibidem*)

Lieutenant, âgé de 23 ans, avait remarqué, deux ans avant l'opération, un endroit douloureux dans la région du coccyx, qu'il avait pris pour un « clou ». La suppuration n'ayant pas cessé, il vient consulter.

A l'examen, on constate une tuméfaction de la région coccygienne dont la peau est rouge et couverte de petites cicatrices. On y constate deux petits orifices fistuleux et, un peu plus haut, dans une dépression longitudinale, une troisième fistule dans le trajet de laquelle on peut faire pénétrer un stylet qui se dirige en bas et parallèlement à la ligne médiane du coccyx. La peau qui entoure cette fistule est enflammée.

Excision des fistules et de la peau environnante. Guérison.

A l'examen histologique, on constate une peau presque normale ; pas de follicules pileux normaux, mais des

poils embryonnaires et quelques follicules oblitérés par des produits de désassimilation.

Observation XIX

(Dr E. Mason. — *The Medical Record*, New-York, febr. 1880, vol. XVII, p. 524)

Il y a trois semaines, le Dr Mason a vu une dame chez qui l'on supposait une nécrose du coccyx. Il y a douze ans environ, sans cause connue, un abcès apparut sur la fesse gauche, au niveau de la réunion du sacrum et du coccyx. Après ouverture, une certaine quantité de pus sortit et l'abcès continua plus ou moins à donner pendant 10 à 15 jours. L'orifice se referma et la malade eut l'air guérie pendant un mois, lorsqu'un autre abcès apparut, s'ouvrit, suppura, et ne cessa plus de donner pendant 12 ans. Plusieurs petits abcès s'étaient produits dans la même région, à différentes époques, avaient suppuré et guéri.

A l'examen, le Dr Mason trouva un orifice livrant passage à du pus sortant de la région fessière gauche, à la hauteur de l'union du sacrum au coccyx. Par cette ouverture le stylet pénétrait vers la ligne médiane et de là vers la partie inférieure du sacrum et jusqu'au premier os coccygien. Il y avait deux autres orifices. De l'un sortait du poil dont une petite quantité fut arrachée, de l'autre deux cheveux furent extraits, longs de deux à trois pouces. La cavité fut ouverte largement et le sac fut excisé. Il présentait sous la fesse gauche deux prolongements de deux pouces chacun. La poche contenait une boule de

cheveux. On laissa granuler la plaie et la malade alla bien.

Observation XX

(Due à M. Mauclaire, prosecteur de la Faculté de Paris)

Mlle L. G..., à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, n° 14.

Jeune fille de 19 ans, de forte constitution et de formes très exubérantes. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, soit ascendants, soit collatéraux, ni dans ses antécédents personnels.

Il y a deux ans, la malade souffrit d'un abcès dans la région interfessière, mais il ne dura qu'une quinzaine de jours.

L'année dernière, nouvel abcès qui se formait et se vidait de temps à autre, mais ce suintement entre les fesses n'inquiétait pas la malade, vu la corpulence qu'elle avait. A la suite d'une nouvelle poussée, enfin, cette jeune fille entre à l'hôpital pour en finir.

A l'examen de la région nous trouvons à 6 centimètres de la pointe du coccyx, dans le pli interfessier, une petite dépression de 2 centimètres et demi de profondeur, légèrement ascendante, mais n'allant pas jusqu'à l'os. Un centimètre plus haut on trouve deux autres dépressions cutanées, superposées, qui admettent à peine une tête d'épingle. Enfin, à 10 centimètres de la pointe coccygiénne, se trouve un orifice assez large en cul-de-poule, s'enfonçant directement vers le sacrum où la

fistule aboutit après un trajet de 5 centimètres. De cette fistule s'écoule un liquide purulent peu abondant.

Pas d'autre difformité sur le reste du corps.

Opération. — Excision au bistouri. Suture. Drainage. Guérison assez longue, le trajet du drain restant quelque temps fistuleux et la compression étant difficile à faire vu la région, et vu l'adiposité extrême de la malade.

Finalement, guérison parfaite au bout d'un mois.

Il existait de la matière sébacée dans la cavité fistulaire, preuve de la nature ectodermique de celle-ci.

Observation XXI

(Peyramaure-Duverdier. — Thèse de Paris, 1882)

Garçon de 12 ans, entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 4.

A l'origine de la rainure fessière on trouve une fossette large, profonde, dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, qui pourrait loger un gros pois. Son fond repose sur un pli transversal, situé au-dessous, et dans lequel la fossette est en partie creusée. De plus elle présente de nombreux plis radiés qui, partant de son fond, se dirigent, en divergeant comme les rayons d'une roue, vers la peau voisine de la dépression, où ils se perdent insensiblement. Quand on cherche à déplacer cette fossette, on la voit devenir plus étroite, en même temps qu'elle prend de la profondeur, comme si son fond était uni d'une façon intime aux parties profondes.

Observation XXII

(Lannelongue, *in* Thèse Peyramaure-Duverdier)

Fille de 10 ans, entré à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, n° 34.

A son origine la rainure fessière présente quelques petits sillons allongés, qui en haut se perdent sur la peau voisine de la colonne vertébrale, et qui plus bas se continuent dans la rainure; ces sillons s'arrêtent à une dépression d'environ un millimètre de profondeur, placée à deux centimètres de l'origine de la rainure fessière. La dépression est de forme ovalaire, et, quand on écarte les fesses en tendant la peau, on forme un sillon assez profond, limité en haut et en bas par deux saillies formées par la peau de la région.

Observation XXIII

(Lannelongue, *in* Thèse Peyramaure-Duverdier)

Garçon de 10 mois vient à la consultation pour imperforation rectale.

La saillie des fesses est à peine indiquée; le sacrum est proéminent et la gouttière sacrée est très accentuée, par suite des saillies latérales que forment les tubercules sacrés. Il existe sur la peau, se dirigeant oblique-

ment en dehors de la ligne médiane, un sillon cutané qui, au niveau où il rejoint la ligne médiane, devient profond. Au-dessous, correspondant à la pointe du coccyx, on trouve une dépression d'une étendue d'un millimètre ; la peau qui en forme le fond est lisse, unie et blanchâtre, on dirait un tissu de cicatrice. Sur les bords de cette dépression on voit, ainsi que sur le sillon, de nombreux poils follets.

Observation XXIV

(Lannelongue, *in* Thèse Peyramaure-Duverdier)

Garçon de 14 ans et demi, entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 45.

Correspondant à l'extrémité inférieure des tubercules sacrés, de chaque côté de la ligne médiane, on remarque deux fossettes placées à deux centimètres l'une de l'autre et symétriquement placées, la fossette gauche est plus profonde que celle de droite. Si on écarte la peau, on tend le fond des fossettes qui semblent adhérer aux parties profondes ; de chacune de ces fossettes part un sillon qui se dirige obliquement en bas et en dedans, pour aller rencontrer l'origine de la rainure fessière ; ces sillons forment un angle à sommet dirigé en bas. La rainure fessière présente au siège habituel, c'est-à-dire au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, une fossette oblongue à peau amincie et glabre.

CONCLUSIONS

I. — Il existe chez certains sujets, dans la région sacro-coccygienne et le plus souvent sur la ligne médiane, des fistules cutanées qui peuvent occuper les trois sièges principaux :

a) L'origine de la rainure interfessière, c'est-à-dire le sacrum proprement dit ;

b) Le point correspondant à l'articulation du sacrum et du coccyx ;

c) Le point correspondant à la pointe du coccyx.

II. — Le nombre de ces fistules, le plus souvent unique, peut être multiple, atteignant le chiffre de 2, 3 et même plus.

III. — Les fistules cutanées sacro-coccygiennes sont des malformations congénitales dues à une invagination du feuillet externe du blastoderme.

IV. — Elles peuvent s'enflammer sous l'influence d'un traumatisme, d'une malpropreté de la région, et

donner lieu à des fistules ordinaires secondaires ou à des abcès à répétition.

V. — La symptomatologie est nulle jusqu'au moment où l'inflammation vient compliquer ces invaginations cutanées.

VI. — L'étiologie et le siège de ces fistules sur la ligne médiane permettront de les distinguer des fistules d'une autre nature.

VII. — Le traitement doit consister dans une extirpation complète et minutieuse du trajet fistuleux pour mettre à coup sûr à l'abri d'une récidive.

VIII. — Pour cette opération, nous donnons la préférence au bistouri, et comme anesthésique nous conseillons l'emploi de la novocaïne en injection intradermique.

BIBLIOGRAPHIE

Bilhaut. — Fistule coccygienne congénitale ; abcès multiples ; incision ; récidive ; débridement au thermocautère pendant l'anesthésie à la cocaïne : guérison (Ann. d'orth. et de chir. prat. Paris, 1891, p. 81-85).

Chenantais. — Fistule coccygienne. Kyste dermoïde (Journ. de méd. de l'Ouest, 1883, p. 457).

Couraud. — Contribution à l'étude des dépressions, fistules et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne (Thèse de Paris, 1883, n° 262).

Desprès. - Bull. de la Soc. anat., 1874, p. 502

— Bull. de la Soc. de chir., 1874, 1882 et 1889, p. 614.

Féré. — Bull. de la Soc. anat., 1878, p. 309.

Follin et Duplay. — Path. ext., t. II et III.

Godin. — Transmission héréditaire de deux fistules cutanées congénitales de la région sacrée (Soc. de biologie, Paris, 1897, p. 656).

Goodsall. — Six cases of sinus over the sacrum and coccyx (St. Barth. Hosp. Rep. London, 1888, p. 229-240).

Gosselin. — Clinique chirurgicale, t. II, p. 665.

Guéniot. — Discussion à la Soc. de chir., 25 janvier 1882.

Hansen. — Des kystes dermoïdes et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne (Th. de Paris, 1883).

Hardmann (W.).— Congenital sacral fistule (The Lancet, march 25, 1882, vol. I, p. 504).

Heurtaux. — Infundibulum coccygien et fistule para-coccygienne (Soc. de chir., 1882, p. 194).

Kirmisson. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898, p. 47-51.

— Bull. médical, 1897, n° 20, p. 225.

Kuhn. — Lettre à la Soc. de chir., 1867, p. 319 et 334.

Kiener. — Sur une tumeur sacro-coccygienne (Gazette hebd. des sciences de Montpellier, 1891, XIII, 409-413).

Lannelongue. — Fistules et dépressions congénitales paravertébrales. Kyste dermoïde de la région sacro-coccygienne (Bull. de la Soc. de chir., 1882, p. 185).

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, 1886, p. 120.

Lawson Tait. — Congrès pour l'avancement des sciences à Dublin, 1877.

Luschka. — Anatomie des menschlichen Beckens, 1864, p. 57.

Madelung. — Ueber die Fovea coccygea (Centralbl. für Chir., 1885, p. 761).

Masquin. — Contribution à l'étude des dépressions et fistules sacro-coccygiennes (Th. de Montpellier, 1899).

Molx. — Tumeurs congénitales de l'extrémité inf. du tronc (Th. de Strasbourg, 1868).

Monod. — Discussion à la Soc. de chir., 25 janvier 1882.

Morris. — Coccygeal dermoid fistulae (Med. Record, 1899, p. 531).

Peyramaure-Duverdier. — Des dépressions et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne (Th. de Paris, 1882).

Poutiiou-Lavielle. — Contribution à l'étude de l'infundibulum sacro-coccygien et des fistules congénitales paracoccygiennes (Th. de Bordeaux, 1899).

Reclus. — Fistule congénitale de la région ano-coccygienne (Clin. et crit. chir. Paris, 1884).

ROSER. — Anatomie chirurg., 1853, p. 18.

SABRAZÈS et FRÈCHE. — Tumeur et dépression congénitales de la région sacro-coccygienne chez un enfant (Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1891, p. 74).

TAPIE. — Fistule congénitale de la région sacro-coccygienne (Rev. méd. de Toulouse, 1890).

TERRILLON. — Bull. de la Soc. anat., 1879, p. 141.

— Fistules congénitales de la partie sup. de la région sacrée (Soc. de chir., 1882, p. 54; 1889, p. 614, et *in* Revue de chir., avril 1882).

TOURNEUX et HERRMANN.—Sur la persistance de vestiges médullaires coccygiens pendant la période fœtale chez l'homme et sur sur le rôle de ces vestiges dans la production des tumeurs sacro-coccygiennnes congénitales (Journ. de l'anat. et de la phys., 1887, p. 498).

TOURNEUX. — Soc. de biologie, 1892.

VERNEUIL.— Compte rendu du Congrès franç. de chir. 1891, p. 145.

WETTE. — Ueber Fisteln und Geschwülste in der Sacro-cocygeal-gegend. Dermoid am Sacralende (Arch. für klin. Chir., 1898, v. XLVII, p. 343.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 3 mars 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 3 mars 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!